# POROZUMIENIE W SPRAWIE PRZYSTĄPIENIA

# DO PROGRAMU LECZENIA, REHABILITACJI I WSPARCIA (PLRiW)

Zawarte dnia ......................................... r. w Łodzi pomiędzy:

Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego O/Łódź z siedzibą przy ul. al. marsz J. Piłsudskiego 133D 92-318 Łódź, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numer 0000049771, REGON 471538298, NIP 729-20-17-464 zwanym dalej **„Stowarzyszeniem”,** reprezentowanym przez: **Jolantę Kurylak-Osińską – Przewodniczącą Rady Oddziału**

**Beatę Hartwik – Tyszer – Wiceprzewodniczącą**

a Panem/Panią……………………………..………………………………………………………………………………………….,

legitymującym/ą się dowodem osobistym,

seria: ………….………………………………………………..numer: …………….…………………………………..…………,

zamieszkałym/ą………………………………………………………………………………………………………………………..,zwanym dalej **„Odbiorcą wpłat celowych”.**

# § 1

Miejscem właściwym do obsługi subkont w ramach Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia (PLRiW) jest Biuro Oddziału Łódzkiego **Stowarzyszenia**, znajdujące się w Łodzi przy al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D, zwane dalej **„Biurem”**.

## § 2

1. W ramach porozumienia na należącym do **Stowarzyszenia** rachunku bankowym o nr 58 1440 1231 0000 0000 0673 3298 gromadzone będą środki przeznaczone na udział **Odbiorcy wpłat celowych** jako osoby chorej na stwardnienie rozsiane i/lub osoby z niepełnosprawnością   
   w Programie Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia prowadzonym przez **Stowarzyszenie**.
2. **Odbiorca wpłat celowych**, zawierając Porozumienie przedstawia oświadczenie o tym, że choruje na stwardnienie rozsiane lub dotknięty jest inną niepełnosprawnością, wraz z potwierdzającym to oświadczenie zaświadczeniem lekarskim.
3. Rachunek zostaje udostępniony wyłącznie w celu gromadzenia środków z przeznaczeniem  
   na Programie Leczenia Rehabilitacji i Wsparcia zgodnie z zasadami korzystania zawartymi   
   w dokumencie „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” (Wskazówki PLRiW) stanowiącym integralną część niniejszego Porozumienia.

### § 3

1. Stowarzyszenie prowadzi odrębną ewidencję dla każdego **Odbiorcy wpłat celowych**.
2. W ramach Porozumienia **Odbiorca wpłat celowych** ma prawo do dokonywania zakupów, których zakres określają „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” Załącznik nr 1 do tych Wskazówek pt. „Katalog przedmiotów, materiałów, sprzętów, urządzeń i usług”, stanowiące załącznik do niniejszego Porozumienia.
3. Koszt zakupów nie może przekroczyć środków zaewidencjonowanych na koncie dla danego **odbiorcy wpłat celowych**. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązany jest do wcześniejszego uzgodnienia z PTSR planowanych zakupów, niewymienionych w Załączniku nr 1   
   do Wskazówek PLRiW lub/i których zakup wymaga zgody pracownika **Stowarzyszenia**. Niespełnienie tego warunku może skutkować odmową finansowania.
4. Opłaty za zakupy dokonywane są wyłącznie w formie przelewu z rachunku bankowego **Stowarzyszenia**, o którym mowa w paragrafie 2, na rachunek bankowy wystawcy faktury/rachunku. Nie ma możliwości przekazywania środków z rachunku bankowego **Stowarzyszenia** bezpośrednio na rachunek **Odbiorcy wpłat celowych** (z zastrzeżeniem § 3 pkt. 9). Wszelkie opłaty wykonywane są bezgotówkowo.
5. Rachunki lub faktury rozumiane są jako dokumenty w formie papierowej lub elektronicznej, zawierające dane wymagane Ustawą o podatku od towarów i usług i przepisami wydanymi  
   na jej podstawie.
6. **Odbiorca wpłat celowych** jest zobowiązany do udokumentowania dokonanych zakupów poprzez przedstawienie **Stowarzyszeniu** oryginałów rachunków lub faktur wystawionych  
   na: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego O/Łódź, al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D,   
   NIP 729-20-17-464. Dokument musi zawierać dopisek z imieniem i nazwiskiem **Odbiorcy wpłat celowych.**
7. Rachunki lub faktury, o których mowa w pkt. 5 § 3 muszą zostać dostarczone do biura   
   lub należy wysłać je drogą mailową w nieprzekraczalnym terminie ostatniego dnia miesiąca, w którym został dokonany zakup.
8. W przypadku rozliczeń za pomocą e-faktur, wskazane jest informowanie **Stowarzyszenia** o planowanym zakupie drogą mailową na adres lodz@ptsr.org.pl w celu uniknięcia błędu i omyłkowego obciążenia rachunku innego **Odbiorcy wpłat celowych**.
9. Na podstawie otrzymanych oryginałów rachunków lub faktur, o których mowa w pkt. 5 § 3 **Stowarzyszenie** dokonuje opłaty za dokonany zakup.
10. **Odbiorca wpłat celowych** ma możliwość wystąpienia o zwrot, na swoje prywatne konto, kosztów poniesionych za towary i usługi wymienione w Załączniku nr 1 do Wskazówek PLRiW, które uregulował z własnych środków. Zwrotu **Stowarzyszenie** dokonuje na podstawie przesłanych rachunków lub faktur, wystawionych na Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego O/Łódź, ul. . al. marsz J. Piłsudskiego 133D 92-318 Łódź,, NIP 729-20-17-464 i zawierających dopisek z imieniem i nazwiskiem **Odbiorcy wpłat celowych** oraz dołączonej do „Prośby o zwrot kosztów", która stanowi Załącznik nr 1, do Porozumienia. Dokumenty należy przesłać listem tradycyjnym do Oddziału Łódzkiego PTSR, przy al. Marszałka J. Piłsudskiego 133D

**§ 4**

Stan zaewidencjonowanych środków za dany miesiąc znajduje się w **Stowarzyszeniu**.

**§ 5**

1. Środki zgromadzone na koncie służą – w zakresie określonym Porozumieniem – finansowaniu celów statutowych **Stowarzyszenia** i czynności administracyjnych wykonywanych przez Stowarzyszenie w związku z niniejszym Porozumieniem.
2. Tytułem finansowania kosztów administracyjnych w momencie wpływu na subkonto środków finansowych z subkonta pobierana jest kwota w wysokości 7% od kwoty każdego wpływu. Łącznie pobrana kwota za kolejne 12 miesięcy nie może jednak przekroczyć 600 złotych.
3. Koszty administracyjne pobierane z tytułu prowadzenia subkonta mogą ulec zmianie.

**§ 6**

**Odbiorca wpłat celowych** jest zobowiązany do wnoszenia ewentualnych opłat i podatków wynikających z obowiązujących przepisów prawnych.

**§ 7**

1. Każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. W przypadku nie wywiązania się przez drugą Stronę z zobowiązań wynikających z Porozumienia, każda ze stron może wypowiedzieć Porozumienie ze skutkiem natychmiastowym, o czym druga strona winna zostać poinformowana.

**§ 8**

1. Bez względu na przyczyny ustania obowiązywania niniejszego Porozumienia, niewykorzystane środki finansowe nie są zwracane **Odbiorcy wpłat celowych** lub jego rodzinie.
2. Środki pozostałe na koncie po rozwiązaniu porozumienia pozostają w gestii **Stowarzyszenia**   
   i zostają wydatkowane na cele statutowe.

**§ 9**

1. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązuje się na bieżąco informować **Stowarzyszenie**   
   o wszystkich planowanych akcjach, apelach i zbiórkach pieniężnych dokonywanych publicznie.
2. Zapewnienie prawidłowości i zgodności z przepisami prawa prowadzenia akcji wymienionych w pkt. 1 § 9 leży po stronie **Odbiorcy wpłat celowych.**

**§ 10**

Integralną częścią niniejszego Porozumienia jest podpisany i przyjęty do realizacji przez **Odbiorcę wpłat celowych** dokument pt. „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”.

**§ 11**

1. **Stowarzyszenie** nie jest odpowiedzialne za jakąkolwiek szkodę jaką **Odbiorca wpłat celowych** lub osoby trzecie mogą ponieść w związku z wykorzystywaniem przez **Odbiorcę wpłat celowych** środków zgromadzonych na koncie. W szczególności **Stowarzyszenie** nie ponosi odpowiedzialności za realizację i wykonanie zakupów lub/i usług dokonywanych przez **Odbiorcę wpłat celowych**, jak też jakąkolwiek szkodę majątkową lub też szkodę na osobie mogącą wynikać z stosowania przez **odbiorcę wpłat celowych** „Wskazówek dotyczących Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia” określonych w § 10 Porozumienia.
2. **Odbiorca wpłat celowych** zobowiązuje się do zapewnienia we własnym zakresie wszelkiej pomocy medycznej, która może być konieczna do wykorzystania zgromadzonych przez niego środków zgodnie z „Wskazówki dotyczące Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”. **Stowarzyszenie** nie jest odpowiedzialne za prawidłowość leczenia lub/i rehabilitacji **Odbiorcy wpłat celowych.**

**§ 12**

* 1. Niniejsze Porozumienie stanowi wzorzec umowy w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.
  2. W trakcie obowiązywania Porozumienia, **Stowarzyszenie** uprawnione jest do jednostronnej zmiany Porozumienia w zakresie:

1. Listy wydatków finansowanych w ramach Porozumienia, określonych we „Wskazówkach dotyczących Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia”, określonych w punktach 3.1-3.3 Porozumienia oraz Załącznika nr 1 do tych „Wskazówek” pt. „Katalog przedmiotów, materiałów, sprzętów, urządzeń i usług”. Zmiana nastąpić może w przypadku poszerzenia wiedzy medycznej dotyczącej stwardnienia rozsianego dającej podstawę do poszerzenia   
   lub ograniczenia listy elementów finansowanych w ramach Programu lub też pojawienia się nowych potrzeb beneficjentów Programu, których finansowanie uzasadnione jest celami programu.
2. Określenia łącznej maksymalnej wysokości kwot pobieranych przez **Stowarzyszenie**   
   na podstawie § 5 pkt. 2 Porozumienia. Zmiana w tym w przypadku może nastąpić, w skutek wzrostu kosztów związanych z prowadzeniem Programu Leczenia, Rehabilitacji i Wsparcia.

**§ 13**

1. **Odbiorca wpłat celowych** wyraża zgodę na przetwarzanie przez **Stowarzyszenie** swoich danych osobowych podanych w niniejszym Porozumieniu lub w toku jego realizacji, w tym w szczególności:

* Imienia i nazwiska,
* Numeru telefonu,
* Maila,
* Adresu zamieszkania,
* PESELU,
* Informacji dotyczących stanu zdrowia, w tym schorzeń, na które cierpi, przyjmowanych leków oraz niepełnosprawności.

1. **Odbiorca wpłat celowych** wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach informacyjnych ­– działania i projekty **Stowarzyszenia** oraz informacje dotyczące subkonta, za pomocą poczty elektronicznej, na podany adres e-mail.

**§ 14**

Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania, natomiast aktywacja subkonta nastąpi po

zaksięgowaniu pierwszej wpłaty celowej.

**§ 15**

Porozumienie zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

**§ 16**

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Porozumieniem zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

…………………………………….. ……...……………………….............

**Za Stowarzyszenie Odbiorca wpłat celowych**